

Evaluación de Diseño Fortalecimiento a la atención médica

Secretaría de Salud

Instancia Evaluadora:
Centro de Estudios Financieros y de Finanzas Públicas, Facultad de Economía,
UNAM.

Tabla de Contenido

1. Resumen Ejecutivo	2
2. Introducción	3
3. Descripción General del Programa (Anexo 1)	4
4. Evaluación	6
5. Valoración Final del Programa (Anexo 10)	36
6. Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones (Anexo 11)	38
7. Conclusiones (Anexo 12)	40
8. Ficha Técnica de la Instancia Evaluadora (Anexo 13)	42
9. Bibliografía	43

Resumen Ejecutivo

La evaluación en materia de diseño del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM), con clave presupuestaria No. S 200, y cuya responsabilidad recae sobre la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), unidad administrativa mediante la cual la Secretaría de Salud establece ejerce la rectoría sobre el Programa; se encontró que éste se encuentra vinculado con los objetivos estratégicos nacionales y estratégicos del PROSESA, asimismo se alinea con los compromisos internacionales en materia de salud que México, en conjunto con 188 países miembros de Naciones Unidas, ha acordado cumplir.

El objetivo del FAM es contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país, a través del mejoramiento de las condiciones de salud de la población sin acceso a servicios de salud, mediante la oferta de servicios de promoción y prevención de la salud, así como intervenciones específicas comprendidas en el primer nivel de atención a la salud y otorgadas a través de las unidades médicas móviles, así como fortalecer la atención médica ambulatoria a través de la adquisición para sustitución de unidades médicas móviles equipadas, con el fin de que se continúe trabajando de forma complementaria a establecimientos de salud fijos en el primer nivel de atención. En este sentido, la justificación de la creación y diseño del Programa se encuentran sustentados por un diagnóstico, en el que se observa la congruencia de su diseño con la problemática a atender por el Programa.

Dado el enfoque del Programa, la focalización de la población potencial y objetivo se encuentra en concordancia con el objetivo general y específicos del FAM. De acuerdo al Diagnóstico del Programa y la metodología para cuantificar ambas poblaciones, cada dos años se actualiza la población potencial y cada año la población objetivo. Por su parte, los mecanismos de elegibilidad no son excluyentes y la población objetivo accede con facilidad al apoyo del Programa. No obstante, lo anterior, el FAM no tiene determinada una estrategia de cobertura de mediano y largo plazo.

Según las ROP 2016, no es necesario contar con un padrón de beneficiarios, ya que el FAM al ser un prestador de servicios complementarios a los sistemas de salud estatales, se estaría duplicando los datos de los padrones oficiales del Programa PROSPERA y de las personas afiliadas al Seguro Popular. Sin embargo, el FAM lleva un registro puntual de información y de datos personales de los pacientes que atiende, por lo que es posible contar con información de la población que recibe el apoyo del Programa. En cuanto a los mecanismos de atención y entrega del apoyo, éstos se encuentran sistematizados, estandarizados, difundidos públicamente y están apegados al documento normativo del FAM.

En el tema de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), se identificó que existen ciertos aspectos que requieren atención como: 1) deficiencias en los vínculos causales entre los Componentes y las Actividades; 2) No existe congruencia entre los objetivos específicos establecidos en la normatividad y los componentes de la MIR; y, 3) Mas de la mitad de los medios de verificación de los indicadores de la MIR no son accesibles al público.

En cuanto al Propósito de la MIR, éste se adecua a lo establecido en la respectiva metodología, referente a su concepción. Por su parte el Fin incluido en la MIR, se tiene que está claramente especificado, y es un objetivo superior al que el Programa contribuye. Su logro no está controlado por los responsables del FAM, es único y está vinculado con objetivos estratégicos. El resumen narrativo de la MIR se encuentra contenido en el documento normativo del Programa.

Los niveles de los objetivos de la MIR cuentan con indicadores claros, relevantes, económicos, monitoreables y adecuados, para medir el desempeño del FAM. Respecto a las Fichas Técnicas de los Indicadores del Programa, las metas de los indicadores y los renglones de la MIR, se adecuan a las características que deben tener de acuerdo a la metodología del Marco Lógico.

En materia de presupuesto y rendición de cuentas, el FAM identifica y cuantifica los gastos de operación, mantenimiento y unitarios y, también, cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

Como atributo positivo del FAM, se encontró que es complementario con tres programas federales, de tal manera que no presenta duplicidad con otros programas.

Introducción

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4º establece el derecho humano a la protección de la salud y prevé la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Para atender este mandato, la Secretaría de Salud ha desarrollado diversas estrategias y programas para atender la cobertura de servicios esenciales de salud mediante equipos itinerantes. Destacan entre tales experiencias, en orden cronológico, el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), el Programa Comunitario Rural (PCR), el Programa de Salud Rural (PSR), el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el Componente de Salud del Programa Solidaridad (hoy Prospera, Programa de Inclusión Social), y el Programa Caravanas de la Salud (en 2015 cambia su nombre a Programa Unidades Médicas Móviles).

A partir del año 2016 nace el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica con el cuál se da continuidad a la estrategia federal que busca garantizar la oferta de servicios en zonas rurales y marginadas del país con alta dispersión y difícil acceso geográfico. El Programa consiste en la organización y operación de equipos itinerantes de salud y de unidades médicas móviles de diferente capacidad resolutive, que son un complemento a la red de servicios de salud conformada por los establecimientos de salud fijos.

Atendiendo a los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal (DOF 2007), en los cuáles se establece que los programas sujetos a reglas de operación y otros programas que, en su caso, determinen conjuntamente el Consejo de Evaluación de la Política de Desarrollo Social y las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, y de la Función Pública, deben ser evaluados y monitoreados, a fin de fomentar una gestión basada en resultados. En este contexto, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud y el Centro de Estudios Financieros y de Finanzas Públicas de la Facultad de Economía de la UNAM signaron un convenio para llevar a cabo la Evaluación en materia de Diseño del Programa. Esta evaluación se llevó a cabo con estricto apego a la metodología definida por el CONEVAL para estos efectos.

En este documento se presentan los principales hallazgos de la evaluación del diseño del Programa, estructurados conforme a los contenidos establecidos en los Términos de Referencia para la evaluación, emitidos por la DGPLADES.

Descripción General del Programa (Anexo 1)

Desde 1976 la Secretaría de Salud ha desarrollado diversas estrategias y programas para atender la cobertura de servicios esenciales de salud mediante equipos itinerantes. Programas como el Programa de extensión de Cobertura, el Programa Comunitario Rural, el Programa de Salud Rural, el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta, el Programa de Ampliación de Cobertura, el Componente de Salud del Programa de Oportunidades (hoy Prospera, Programa de Inclusión Social), Programa Caravanas de la Salud; y recientemente, en el año 2015 el Programa Unidades Médicas Móviles.

Para el año en curso la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, con la participación de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; implementaron el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM) (S-200). Dicho Programa cuenta con un enfoque integrador, el cual busca orientar la conducción y puesta en marcha de programas destinados a resolver las necesidades sociales de los mexicanos que carecen de acceso a servicios de salud. El Programa da continuidad a la estrategia federal que dio inicio en el año 2007 con el Programa Caravanas de la Salud, a fin de garantizar la oferta de servicios en las zonas rurales y marginadas del país con alta dispersión y difícil acceso geográfico (ROP 2016: 4)

Uno de los principales retos de los sistemas de salud en el orbe es asegurar a la población el acceso universal a los servicios de salud. Este problema se vuelve mucho más complejo cuando se trata de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, que por su asentamiento geográficamente altamente disperso dificulta su desarrollo, lo que complica el acceso universal a los servicios de salud. En el ámbito internacional los gobiernos y las comunidades reconocieron mediante *La Declaración de ALMA ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Alma Ata, URSS* (6 de septiembre de 1978), la necesidad urgente de proteger y promover la salud, como una obligación de los gobiernos de cuidar la salud de sus pueblos. Uno de los objetivos derivados de la declaración de *ALMA MATA* fue que en el año 2000 los pueblos del mundo alcanzaran un nivel de salud que les permita llevar a cabo una vida social y económicamente productiva, en donde la atención primaria a la salud, es la clave para alcanzar esa meta. Resulta evidente que, después del año 2000, no se ha alcanzado la meta impuesta; sin embargo, existen avances importantes en el tema.

Desde la óptica del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el Derecho a la Salud se define, de acuerdo con el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. En esa tesitura, los elementos esenciales que integran al Derecho del disfrute del “más alto nivel de salud son: 1) Disponibilidad, 2) Accesibilidad, en sus cuatro dimensiones, no discriminación, accesibilidad física, 3) Accesibilidad económica y acceso a la información, 4) Aceptabilidad y, 5) Calidad.

En concordancia con lo anterior, los objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2013 -2018 agrupadas dentro de la meta “México incluyente”, consideran otorgar los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud, asegurando el acceso a los servicios de salud, garantizando éstos sin importar la condición laboral o social de los mexicanos, buscando que las acciones de protección, promoción y prevención sean un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Por otra parte, las estrategias que se mencionan en el Plan buscan mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, garantizando el acceso efectivo a servicios de salud y ampliar el acceso a la seguridad social. Asimismo, se busca proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales. En esta tesitura, el FAM se alinea con las estrategias ya mencionadas.

Adicionalmente, el FAM se encuentra alineado con las estrategias del PROSESA, entre las cuales se encuentra la de ampliar la red de atención a través de unidades médicas móviles en regiones de alta y muy alta marginación y dispersión poblacional, y también en el mismo contexto territorial, fortalecer la red de atención de telemedicina.

Entre los objetivos del FAM, se encuentra el contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país a través del mejoramiento de las condiciones de salud de la población sin acceso a los servicios de salud. Esto implica proporcionar servicios de prevención, atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso o en zonas sin acceso a servicios de salud. De acuerdo con el diagnóstico del Programa, la población potencial que se encuentra en las condiciones ya mencionadas es de 6,224,708 personas. En términos de atención, la población objetivo estimada por el Programa es de 1,632,142 personas en el año 2016.

El FAM ofrece atención de primer nivel en tres modalidades: 1) Extensión de cobertura (poblaciones sin servicios médicos fijos); 2) Ampliación funcional de la oferta de servicios (odontología y auxiliares de laboratorio y gabinete, y telemedicina); 3) Atención y coordinación (hospitalaria y prehospitalaria) en contingencias o desastres naturales, urgencias epidemiológicas y concentraciones masivas de población. Para ofrecer esta atención en el año 2016, el Programa cuenta con un presupuesto total de \$800,256,078.00 pesos.

Los mecanismos de focalización que emplea el Programa para determinar ambos tipos de población, corresponden a las

estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), Decreto por el que se establece el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre, Índice de marginación por localidad 2011, y el listado de localidades en municipios con menor índice de desarrollo humano del Consejo Nacional de Población. Para proporcionar la cobertura de atención, se planifican rutas a seguir por las unidades móviles médicas del Programa, tomando en cuenta las localidades que se encuentran dentro de los supuestos de las fuentes de información antes descritas.

Para el año 2016, las metas del Fin del Programa se establecieron en la atención del 95% de casos de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa. En cuanto al Propósito del mismo, la meta esperada en la atención se fijó en la atención del 95% de casos relacionados con niños menores de cinco años en control nutricional por el Programa, así como en la atención del 90% del total de personas que habitan en comunidades atender por el Programa, sin acceso a servicios de salud. En el caso de las metas definidas para los Componentes del Programa, éstas se determinaron en la atención del 97% de servicios de promoción y prevención realizados con respecto a los programados, y en el 95% de servicios de atención médica ambulatoria realizados con respecto a los programados.

Justificación de la creación y del diseño del programa

1. El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa está identificado en un documento que cuenta con la siguiente información:
 - a) El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida.
 - b) Se define la población que tiene el problema o necesidad.
 - c) Se define el plazo para su revisión y su actualización.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
3	<ul style="list-style-type: none"> ° El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y ° El problema cumple con todas las características establecidas en la pregunta.

Justificación:

Derivado de la revisión de los documentos normativos se concluye que el problema que busca resolver el Programa si está identificado. En el árbol de problema se define como una situación que puede ser revertida: “personas que habitan en localidades sin acceso a servicios de salud”, no obstante, se propone redactarlo como: “personas que habitan en localidades marginadas no cuentan con acceso a servicios de salud de primer nivel”

La población que tiene el problema se define clara y específica, tanto en el documento de diagnóstico como en las ROP 2016, en las que se establece lo siguiente:

El Programa “...centrará sus actividades en las personas sin acceso a la atención médica en municipios con bajo índice de desarrollo humano, localidades de alta y muy alta marginación, así como localidades con dispersión poblacional y geográfica en las cuales, resulta muy complejo por la inversión requerida, así como por el bajo número de habitantes, la instalación en el corto plazo de establecimientos de salud fijos; asimismo, y de acuerdo con el Decreto por el que se establece la Cruzada contra el Hambre, el programa orienta su crecimiento a los municipios ahí priorizados, en los cuales, se brindará apoyo a comunidades y localidades que se vean afectadas en caso de emergencias o situaciones de excepción, tales como emergencias epidemiológicas, desastres naturales, aglomeración masiva de personas o situaciones de similar naturaleza, mediante la coordinación con proveedores de atención médica, hospitalaria, prehospitalaria y urgencias, de conformidad con los protocolos que para el caso establezca la Secretaría, atendiendo a la disponibilidad presupuestaria con que se cuente” (ROP 2016: 5)

En los documentos normativos no se define plazo para su actualización, por lo que se propone incluirlo en el diagnóstico.

2. Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica:

- a) Causas, efectos y características del problema.
- b) Cuantificación y características de la población que presenta el problema.
- c) Ubicación territorial de la población que presenta el problema.
- d) El plazo para su revisión y su actualización.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> ° El programa cuenta con documentos, información y/o evidencias que le permiten conocer la situación del problema a que pretende atender, y ° El diagnóstico cumple con todas las características establecidas en la pregunta, y ° El programa actualiza periódicamente el diagnóstico.

Justificación:

El programa cuenta con un diagnóstico y dentro del mismo, con un documento denominado árbol de problemas. En el árbol de problemas se señalan las causas y efectos del problema. Dentro de las causas se señalan la infraestructura insuficiente de servicios en salud del primer nivel de atención y la falta de acciones de prevención y promoción a la salud. Asimismo, se señalan como causas de este problema a la alta pobreza y marginación, la falta de accesibilidad a los servicios de salud, la existencia de barreras físicas y culturales en la oferta de servicios y por lo tanto la atención médica no otorgada. En el lado de los efectos, se señalan principalmente a la elevada tasa de enfermedades, la baja corresponsabilidad del autocuidado de la salud, el alto gasto de bolsillo en salud excesiva para la población en situación de pobreza, tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino y la detección no oportuna de embarazos de alto riesgo. La población que presenta el problema es de 6,224,708 y dentro de las características que presentan está la de carecer de acceso a los servicios de salud y que viven en comunidades de menos de 2,500 habitantes, asimismo dentro de la población a atender se consideran a aquellas personas que por razones de emergencia o excepción, sean atendidas en casos de desastres naturales, urgencias epidemiológicas, concentraciones masivas y otros eventos de la misma naturaleza. La ubicación de esta población es en todo el territorio nacional. El diagnóstico fue elaborado a finales del ejercicio 2015, se considera vigente y completo dado que, además de considerar el árbol de problemas, en este documento se hacen una serie de consideraciones de carácter complementario que permiten dimensionar y caracterizar el problema. En este documento si se establece un plazo para su revisión y/o actualización.

3. ¿Existe justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo?

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> ° El programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo, y ° La justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema, y ° Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de los efectos positivos atribuibles a los beneficios o apoyos otorgados a la población objetivo, y ° Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de que la intervención es más eficaz para atender la problemática que otras alternativas.

Justificación:

En el diagnóstico del programa existe una sección de antecedentes en la cual se señalan las diferentes acciones llevadas a cabo por el gobierno federal desde 1976 denominado Cronología de la ampliación de cobertura del sistema de salud en México en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad y en esta sección se detallan las acciones que permitieron, a través de diferentes programas en el tiempo, contribuir a resolver la problemática de cobertura en zonas rurales y marginadas del país con alta dispersión poblacional y difícil acceso geográfico, entre otras acciones, mediante la atención itinerante.

Por otra parte en la sección Identificación y estado actual del Problema del diagnóstico, desde diferentes enfoques teóricos y empíricos se aborda la importancia y relevancia de la atención médica. Adicionalmente, a partir de una serie de estudios, en el diagnóstico se presentan una serie de consideraciones que permiten estimar la importancia de la Atención Primaria a la Salud que se da a través de este programa. Asimismo, se señala que uno de los principales retos de los sistemas de salud en el mundo es el asegurar a la población el acceso universal a los servicios de salud y el problema se torna mucho más complejo cuando se trata de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

El diagnóstico aborda una serie de estudios e informes de organismos internacionales en las cuales se mencionan los avances y retos que tiene enfrente México para lograr que la totalidad de su población cuente con el acceso a los servicios de salud. Dentro de los principales estudios e informes citados se encuentran los de la propia Secretaría de Salud, la Organización Mundial de la Salud y la OCDE entre otros. Asimismo, el diagnóstico presenta resultados de un análisis costo-beneficio que sustenta que la intervención que hace el Programa es más eficaz para atender la problemática con centros de salud.

Contribución a las metas y estrategias nacionales

4. El Propósito del programa está vinculado con los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o nacional considerando que:
- Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del programa, sectorial, especial, institucional o nacional por ejemplo: población objetivo.
 - El logro del Propósito aporta al cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o nacional.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación con objetivo(s) del programa sectorial, especial, institucional o nacional y Es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta. El logro del Propósito es suficiente para el cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o nacional .

Justificación:

En el documento diagnóstico del Programa se establece la relación con los objetivos de los programas sectoriales. El propósito establecido en la MIR es: "La población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, cuenta con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles" el cuál se alinea con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en su Meta Nacional México Incluyente, Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, prevé como línea de acción, la relativa a fomentar el desarrollo de infraestructura y la puesta en marcha de unidades médicas móviles y su equipamiento en zonas de población vulnerable.

Asimismo se alinea con el PROSESA 2013-2018, en su cuarto Objetivo Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, Estrategia 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad, prevé como una de sus líneas de acción, la relativa a fortalecer la red de atención primaria a la salud, con énfasis en unidades móviles de salud.

Con base en lo anterior, se puede afirmar que el logro del propósito es suficiente para el cumplimiento de algunas metas de algunos de los objetivos tanto del PND como del PROSESA.

5. ¿Con cuáles metas y objetivos, así como estrategias transversales del Plan Nacional de Desarrollo vigente está vinculado el objetivo sectorial, especial, institucional o nacional relacionado con el programa?

Meta	Un México Incluyente
Objetivo	Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población
Estrategia	Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva.
Estrategia Transversal	Democratizar la Productividad
Programa Sectorial, Especial, Institucional o Nacional	Programa Sectorial de Salud
Objetivo	Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Justificación:

El objetivo sectorial del PROSESA al cual está vinculado el Programa es el cuarto: Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. Estrategia 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad; líneas de acción 4.3.2. Fortalecer la red de atención primaria a la salud con énfasis en unidades móviles de salud.

Éste a su vez con respecto al Plan Nacional de Desarrollo está vinculado a la Meta Nacional 2. Un México Incluyente para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, que vaya más allá del asistencialismo y que conecte el capital humano con las oportunidades que genera la economía, en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía.

En esta meta nacional se establece que “la presente administración pondrá especial énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos y evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía, sean un factor determinante en su desarrollo. Una seguridad social incluyente abatirá los incentivos a permanecer en la economía informal y permitirá a los ciudadanos enfocar sus esfuerzos en el desarrollo personal y la construcción de un México más productivo”.

Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, prevé como línea de acción, la relativa a fomentar el desarrollo de infraestructura y la puesta en marcha de unidades médicas móviles y su equipamiento en zonas de población vulnerable;

Estrategia Transversal i) Democratizar la Productividad. Democratizar la productividad significa, en resumen, que las oportunidades y el desarrollo lleguen a todas las regiones, a todos los sectores y a todos los grupos de la población.

Se considera esta vinculación pues en las diferentes metas, objetivos, estrategias y líneas de acción se hace referencia a los servicios de promoción y atención en salud a grupos en situación de vulnerabilidad a través de las unidades móviles de salud.

6. ¿Cómo está vinculado el Propósito del programa con los Objetivos del Desarrollo del Milenio o la Agenda de Desarrollo Post 2015?

- | |
|---|
| 2) Indirecta: El logro del Propósito aporta al cumplimiento de al menos uno de los Objetivos del Desarrollo del Milenio o la Agenda de Desarrollo Post 2015. |
|---|

Justificación:

El propósito del Programa, de acuerdo a la Matriz de Indicadores del mismo: la población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, cuenta con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles (ROP 2016: 9); se alineó de manera indirecta a los siguientes tres Objetivos del Milenio (www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx):

- Reducir la mortalidad de los niños menores de cuatro años.

- Mejorar la salud materna.

- Combatir el VIH/SIDA, la malaria, y otras enfermedades

Así mismo, se alinea con una de las metas de la Agenda del Desarrollo Post 2015 que a continuación se presenta (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/summit>):

- Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades.

La vinculación es indirecta debido a que el programa contribuye al cumplimiento de al menos uno de los objetivos y metas ya descritas. La implementación del Programa forma parte de una de la estrategia de políticas públicas: Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país (PROSESA, 2013: 59). Por lo que el Programa en sí mismo, no es suficiente para dar cumplimiento a los Objetivos del Milenio y a la Agenda del Desarrollo Post 2015, ya que es un elemento que contribuye en conjunto con otra serie de políticas en materia de salud, al logro de los mismos.

Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad

7. Las poblaciones, potencial y objetivo, están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema y cuentan con la siguiente información y características:
- Unidad de medida.
 - Están cuantificadas.
 - Metodología para su cuantificación y fuentes de información.
 - Se define un plazo para su revisión y actualización.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones cuentan con todas las características establecidas. Existe evidencia de que el programa actualiza (según su metodología) y utiliza las definiciones para su planeación.

Justificación:

Las reglas de operación del Programa son claras al definir a la población potencial y objetivo. Se menciona de forma implícita a la población potencial en más de una ocasión, en los diferentes apartados de las ROP 2016. De acuerdo con éstas, la población potencial se define como el número de personas que carecen de acceso a los servicios de salud y que viven en comunidades de menos de 2,500 habitantes. En lo concerniente a la población objetivo se define como las personas que cuentan con acceso al primer nivel de atención a la salud mediante las unidades médicas móviles, y a las personas que por razones de emergencia o excepción, sean atendidas en casos de desastres naturales, urgencias epidemiológicas, concentraciones masivas y otros eventos de la misma naturaleza. Cabe señalar que, en el caso de esta última definición, es necesario revisar la redacción en las ROP 2016 del Programa al referirse a la población objetivo como “las personas que cuentan” con acceso al primer nivel de atención; por lo que el término correcto sería: “las personas que no cuentan con acceso a los servicios médicos de primer nivel y viven en localidades que están cubiertas por una ruta de UMM”.

La unidad de medida de la población potencial y objetivo está determinada en número de personas que carecen de acceso los servicios de salud, y que vivan en comunidades de menos de 2,500 habitantes. De acuerdo con el Diagnóstico del Programa, la cuantificación de la población potencial es de 6,224,708 personas, y para el año 2016 la población objetivo estimada es de 1,632,142 personas. Según el mismo documento, la población potencial se actualiza cada dos años y cada año en el caso de la población objetivo.

Las fuentes de información empleadas por el Programa respecto a la magnitud de ambos tipos de población son: el Índice de marginación por localidad 2011; el listado de localidades en municipios con menor índice de desarrollo humano del Consejo Nacional de Población; listado de municipios incluidos en el Decreto por el que se establece el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre; y estimaciones del CONEVAL con base en la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares 2014.

8. ¿El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes? (socioeconómicas en el caso de personas físicas y específicas en el caso de personas morales)

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
2	° El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos, pero no las características de los solicitantes.

Justificación:

El Programa cuenta con bases de datos que se integran en la medida que se atiende a la población objetivo, las cuales se enfocan principalmente en la cantidad de servicios otorgados en cada localidad, nombre de localidad y datos sobre la unidad médica móvil. Al finalizar cada una de las rutas realizadas por las unidades médicas móviles se cuenta con el dato sobre la demanda atendida en cada localidad; sin embargo, no se registran datos personales sobre las personas atendidas. A este respecto, las ROP 2016 (Numeral 6.2) mencionan que no es necesario contar con un padrón de beneficiarios, dado que las personas que se encuentren afiliadas al Servicio de Protección en Salud Social acreditarán su respectiva afiliación, y en caso de no estar afiliadas se les invita a realizar lo procedente, sin que esto represente un impedimento para proporcionar la debida atención, por parte de las unidades médicas móviles.

Es importante tomar en cuenta que, dada la particularidad del Programa, la atención médica se proporciona a las personas que habiten en localidades que se ajusten a la definición de la población potencial del mismo, por lo que las características del solicitante se consideran homogéneas.

9. ¿El programa cuenta con mecanismos para identificar su población objetivo? En caso de contar con estos, especifique cuáles y qué información utiliza para hacerlo.

Justificación:

En la identificación de la población objetivo, el programa utiliza como mecanismos de focalización tres criterios: el primero se refiere a las localidades que no cuentan con cobertura efectiva de servicios de salud por su ubicación geográfica y dispersión poblacional; el segundo se basa en la clasificación del “Índice de marginación por localidad 2010” y, el tercero se documenta con el índice de desarrollo humano del Consejo Nacional de Población. Adicionalmente, el Programa procurará atender a las localidades que se ubiquen en los municipios definidos por el Sistema Nacional contra el Hambre (Decreto publicado en el DOF del 22 de enero de 2013) siempre y cuando cumplan los requisitos de inclusión.

Ahora bien, en caso de alguna emergencia, el Programa también apoyará a la población afectada que requiera de atención médica, prehospitalaria, hospitalaria y de urgencias, como medida extraordinaria en caso de desastres naturales y urgencias epidemiológicas, para lo cual se emite la respectiva declaratoria de emergencia por la Secretaría de Gobernación.

Por tanto el programa utiliza fuentes oficiales, que a su vez se basan en una metodología para determinar las localidades y/o poblaciones que contienen ciertos atributos para ser consideradas como de alta y muy alta marginación y de bajo nivel de desarrollo humano, así como de insuficiente o nula infraestructura médica. En este sentido, es consistente el Programa con su misión.

10. El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo con las siguientes características:

- a) Incluye la definición de la población objetivo.
- b) Especifica metas de cobertura anual.
- c) Abarca un horizonte de mediano y largo plazo.
- d) Es congruente con el diseño y el diagnóstico del programa.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
2	° La estrategia de cobertura cuenta con dos de las características establecidas.

Justificación:

La característica particular del Programa permite acercar los servicios médicos a la población objetivo, mediante unidades móviles que siguen rutas que se diseñan en función de las localidades geográficamente dispersas, de alta y muy alta marginación y localidades sin servicios de salud. Asimismo, estas localidades seleccionadas por las rutas de atención médica, tienen los siguientes atributos: municipios de bajo índice de desarrollo humano, municipios con población predominantemente indígena y/o en municipios considerados dentro de la Cruzada Nacional Contra el Hambre.

El FAM ofrece atención de primer nivel en tres modalidades de atención: 1) Extensión de cobertura (poblaciones sin servicios médicos fijos); 2) Ampliación funcional de la oferta de servicios (odontología y auxiliares de laboratorio y gabinete, y telemedicina); 3) Atención y coordinación (hospitalaria y prehospitalaria) en contingencias o desastres naturales, urgencias epidemiológicas y concentraciones masivas de población.

Como se puede observar, la estrategia de cobertura se realiza a partir de la definición de rutas que atenderán a la población objetivo, en seguimiento a lo que se establece para ello en las ROP 2016 del Programa.

En este sentido la cobertura es congruente con el diseño y el diagnóstico del Programa; sin embargo, no se encontró la especificación sobre metas de coberturas anualizadas, proyectadas hacia el año 2018 en paralelo al PROSESA, ni la mención de una estrategia que se determine por el mediano y largo plazo, en algún documento normativo del Programa.

No obstante, lo anterior, en el Diagnóstico del FAM se incluye datos estadísticos respecto a la cobertura nacional anualizada, metas, y productividad de las unidades médicas móviles bajo la operación de los programas que le antecedieron al FAM.

11. Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen las siguientes características:

- a) Incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- c) Están sistematizados.
- d) Están difundidos públicamente.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
3	° Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen tres de las características establecidas.

Justificación:

Las ROP 2016 establecen que “el Programa focalizará su atención en localidades que no tienen cobertura efectiva de servicios de salud por su ubicación geográfica y dispersión poblacional; adicionalmente a esta condición se tomará en cuenta la situación de alta y muy alta marginación que guarden las localidades de acuerdo al “Índice de marginación por localidad 2010” y a la ubicación de dichas localidades en municipios de bajo índice de desarrollo humano, de acuerdo con los registros del Consejo Nacional de Población, así como las localidades de los municipios indígenas comprendidos entre los más pobres del país”. Estos criterios de elegibilidad se consideran claramente especificados.

La difusión pública del procedimiento de inclusión de localidades al Programa se realiza a través de las ROP 2016, que en el numeral 6.1 establece que las localidades que recibirán los servicios deberán cumplir con los criterios de focalización ya mencionados. Debido a la dispersión de la población objetivo, el Programa busca hacer eficiente la prestación de los servicios cuidando que las localidades por atender conformen una ruta fija de una UMM que atienda por lo menos a mil habitantes.

A diferencia de la sistematización en la información para conocer la demanda total de apoyos, en el caso de los procedimientos del programa para la selección de los beneficiarios, no se encuentran sistematizados en alguna base de datos o sistema informático que determine la priorización en la atención o calificación del solicitante de apoyo de las unidades médicas móviles.

12. Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo cuentan con las siguientes características:

- a) Corresponden a las características de la población objetivo.
- b) Existen formatos definidos.
- c) Están disponibles para la población objetivo.
- d) Están apegados al documento normativo del programa.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
3	<ul style="list-style-type: none"> ° El programa cuenta con procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo. ° Los procedimientos cuentan con tres de las características descritas.

Justificación:

Dado que uno de los objetivos específicos del programa es proporcionar servicios de promoción, prevención, atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficas dispersas y de difícil acceso o en zonas sin acceso a servicios de salud; el programa utiliza las unidades médicas móviles para cumplir con éste objetivo, acercando los servicios médicos a las localidades que se encuentran dentro del supuesto anterior. Por lo que para atender a la población objetivo, se diseñan rutas de atención considerando las características de esta población, apegándose a lo establecido en las ROP 2016 en el diseño de dichas rutas.

Ahora bien, las reglas de operación señalan que se atenderá a todas las personas que acudan a una UMM y soliciten atención médica, aún sin que el solicitante se encuentre afiliado al Sistema de Protección Social en Salud, por lo que no se requiere un formato definido para registrar y dar trámite a la atención de la demanda. En este sentido la única restricción, es pertenecer a la localidad sede de la unidad médica móvil.

Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención

13. Existe información que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios) que:

- Incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.
- Incluya el tipo de apoyo otorgado.
- Esté sistematizada.
- Cuente con mecanismos documentados para su depuración y actualización.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	° La información de los beneficiarios cuentan con todas las características establecidas.

Justificación:

El objetivo del FAM, tal como se establece en las ROP es “proporcionar servicios de promoción, prevención, atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso o zonas sin acceso a servicios de salud, mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles...” (ROP 2016, 10). En el objetivo se refiere de manera expresa a la población que habita en las localidades, y conforme a lo establecido en las ROP “todos los habitantes de las localidades con cobertura del Programa podrán recibir los servicios de atención a la salud que otorgan las unidades médicas móviles, sin importar su condición de género, edad, origen étnico, posición social, económica, discapacidad o creencia religiosa”. Con base en lo anterior, los apoyos del FAM los reciben las localidades que cumplen los criterios de selección y están considerados dentro de las rutas de las unidades médicas móviles.

De esta manera, se pudo verificar que en el documento Anexo 6 del Convenio en materia de transferencia de recursos presupuestales, el Programa integra un padrón detallado de cada una de las localidades de localidades en ruta. Estas localidades se seleccionan con base en los criterios de inclusión establecidos en sus documentos normativos, asimismo especifica el tipo de unidad médica que atiende a la población, con lo cual se puede conocer el tipo de apoyo otorgado en esa localidad. Los mecanismos para la revisión y depuración de esta base de datos se encuentran definidos en las ROP, el numeral 5.5. Focalización. En el momento en que una localidad cuenta con un establecimiento de salud fijo se saca de las rutas que se cubren con una UMM.

Respecto de los beneficiarios que reciben atención médica y odontológica, el Programa no cuenta con un padrón de las personas atendidas debido a que, al ser el FAM un prestador de servicios complementario a los sistemas de salud estatales, se duplicarían los datos de los padrones oficiales de PROSPERA y de las personas afiliadas al Seguro Popular. No obstante, el Programa lleva un registro puntual de información y datos personales de los pacientes en donde el personal de salud deberá hacer los registros y anotaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente.

La normatividad del Programa establece que, respecto de las personas que reciben los servicios médicos “... no es necesario integrar un padrón de beneficiarios específico para el Programa, dado que las personas afiliadas al SPSS acreditarán su afiliación conforme a los instrumentos que establezca la CNPSS, para acceder a los servicios que brinde el Programa, sin tener que realizar ningún desembolso.” (ROP 2016, 30).

14. Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen las siguientes características:
- a) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
 - b) Están sistematizados.
 - c) Están difundidos públicamente.
 - d) Están apegados al documento normativo del programa.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	° Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen todas las características establecidas.

Justificación:

Los procedimientos utilizados por el FAM para otorgar servicios médicos de primer nivel a las localidades se encuentran apegados y definidos por las ROP 2016, por lo cual están difundidos públicamente.

En el numeral 6 de las ROP 2016 y en el procedimiento 42 del Manual de Procedimientos de la DGPLADES se determinan los criterios y se establecen los procesos para la inclusión de localidades en el Programa, los criterios para el establecimiento, modificación y validación de las rutas, la mecánica de operación de las unidades médicas móviles en ruta, en multirruta y en situaciones de contingencia. Esta normativa debe ser observada por las unidades administrativas de la Secretaría de Salud que intervienen en el Programa y por los Servicios Estatales de Salud, con lo cual se puede afirmar que los procedimientos son utilizados por todas las instancias ejecutoras y están apegados al documento normativo.

El proceso para otorgar la atención a las localidades atendidas por el Programa, tanto para las localidades en ruta como para las localidades situación de contingencia, se encuentran esquematizado en las ROP 2016 del Programa.

Es importante mencionar que, en el proceso de operación del FAM la UMM es el vehículo indispensable para otorgar los apoyos a la población objetivo del Programa, y según información proporcionada por personal de la DGPLADES, la mayoría de los vehículos en operación ya cumplieron su vida útil, por lo que se considera indispensable que el Programa realice la inversión necesaria para renovar las unidades médicas que tengan más de 5 años de uso.

15. Si el programa recolecta información socioeconómica de sus beneficiarios, explique el procedimiento para llevarlo a cabo, las variables que mide y la temporalidad de las mediciones.

Justificación:

El FAM no recolecta información socioeconómica de sus beneficiarios dado que solo es un prestador de servicios complementario a los sistemas de salud estatales. La información socioeconómica de las personas que atendidas por el Programa se encuentra en los padrones oficiales de PROSPERA y de las personas afiliadas al Seguro Popular. No obstante, el Programa tiene la obligación de llevar el expediente clínico de las personas atendidas, el cuál es un registro puntual de información y datos personales de los pacientes en donde el personal de salud deberá hacer los registros y anotaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente.

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

16. Para cada uno de los Componentes de la MIR del programa existe una o un grupo de Actividades que:
- a) Están claramente especificadas, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
 - b) Están ordenadas de manera cronológica.
 - c) Son necesarias, es decir, ninguna de las Actividades es prescindible para producir los Componentes.
 - d) Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos los Componentes.

Respuesta: No.

Justificación:

Con base en el análisis de los vínculos causales de abajo hacia arriba de la Matriz de Indicadores 2016 del FAM, que se realiza con el propósito de comprobar la validez vertical, se encontró que la actividad "Operación de unidades médicas móviles debidamente equipadas y con recursos humanos capacitados para la prestación de los servicios con calidad" no está claramente especificada, debido a que se refiere a dos actividades independientes; por un lado el equipamiento de las unidades médicas, por el otro la capacitación de los recursos humanos que prestan los servicios. Las actividades, por el mismo hecho de que se encuentran unidas, no están ordenadas de manera cronológica. Y con base en la revisión de las ROP 2016 del Programa, se puede señalar que, aunque las actividades incluidas en la MIR son necesarias, no son suficientes para producir los componentes establecidos para el Programa en el ejercicio 2016.

Los supuestos "Existen suficientes proveedores nacionales de las unidades médicas móviles equipadas y existe la disponibilidad del personal profesional y técnico para contratarse" se consideran válidos, y la realización de las actividades incluidas junto con los supuestos no genera los componentes que marca la normatividad del Programa.

Se recomienda elaborar una lista detallada de las actividades necesarias, debido a que son el punto de partida de la ejecución del Programa, no obstante solo se deben incluir solo las más trascendentes, y en la medida de lo posible ordenadas de manera cronológica. En el Anexo 7 se presenta una propuesta.

17. Los Componentes señalados en la MIR cumplen con las siguientes características:

- Son los bienes o servicios que produce el programa.
- Están redactados como resultados logrados, por ejemplo becas entregadas.
- Son necesarios, es decir, ninguno de los Componentes es prescindible para producir el Propósito.
- Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos el Propósito.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
1	° Del 0% al 49% de los Componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

Justificación:

Con base en el análisis de los vínculos causales de abajo hacia arriba de la Matriz de Indicadores 2016 del FAM, se considera que el componente “Servicios de promoción y prevención ambulatoria de la salud y de participación comunitaria proporcionados a la comunidad” si especifica de manera correcta uno de los servicios que produce el Programa, además de que cumple la característica de estar redactado como resultado logrado. No obstante que el componente incluido es necesario para alcanzar el propósito del Programa, no es suficiente, dado que en las ROP 2016 se señala que los objetivos específicos del FAM son:

- Proporcionar servicios de promoción, prevención, atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso o zonas sin acceso a servicios de salud, mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles que trabajan de forma complementaria a los establecimientos de salud fijos en el primer nivel de atención;
- Asegurar que los servicios de salud que se otorgan a los beneficiarios del Programa sean proporcionados por personal capacitado y con unidades médicas móviles acreditadas y debidamente equipadas, utilizando un enfoque intercultural y con apego a las guías de práctica clínica y las normas oficiales mexicanas aplicables en la materia;
- Promover la participación organizada de la comunidad para que contribuya en la modificación de los determinantes sociales de la salud que afectan a los individuos y su entorno;
- Fomentar la afiliación de la población objetivo del Programa al SPSS y de los niños menores de cinco años al Seguro Médico Siglo XXI;
- Contribuir a la superación de la pobreza multidimensional, en su dimensión de la falta de acceso a servicios de salud;
- La adquisición de nuevas unidades médicas móviles para la sustitución de las que actualmente se encuentran en operación;
- Coordinar la atención hospitalaria, prehospitalaria y de urgencias, a la población que se encuentre en situaciones de emergencia o excepción a causa de desastres naturales, urgencias epidemiológicas, concentraciones masivas de población y a poblaciones establecidas en el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre, y
- En función de la disponibilidad de recursos, participar en la atención médica, hospitalaria, prehospitalaria y de urgencias, en situaciones de emergencia o excepción a causa de desastres naturales, urgencias epidemiológicas, concentraciones masivas de población y a poblaciones establecidas en el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre. (ROP 2016, 10)

La metodología para el diseño de la MIR establece que de haber una congruencia entre los objetivos específicos establecidos en la normatividad y los componentes de la MIR, lo cual en este caso no existe. Se recomienda revisar la redacción del componente incluido en la MIR, así como incluir otros componentes que logren la congruencia necesaria con la normatividad establecida. En el Anexo 7 se presenta una propuesta.

18. El Propósito de la MIR cuenta con las siguientes características:

- a) Es consecuencia directa que se espera ocurrirá como resultado de los Componentes y los supuestos a ese nivel de objetivos.
- b) Su logro no está controlado por los responsables del programa.
- c) Es único, es decir, incluye un solo objetivo.
- d) Está redactado como una situación alcanzada, por ejemplo: morbilidad en la localidad reducida.
- e) Incluye la población objetivo.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
2	° El Propósito cumple con tres de las características establecidas en la pregunta.

Justificación:

Con base en el análisis de los vínculos causales de abajo hacia arriba de la Matriz de Indicadores 2016 del FAM, se considera que el propósito “La población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, cuenta con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles” si contribuye a logra el fin de la MIR. No obstante, el propósito definido no es consecuencia directa del resultado del componente incluido en la MIR, debido a qué es necesario incluir otros componentes para que exista congruencia con lo establecido en los documentos normativos, así como en la operación del Programa. La forma en la que está redactado el propósito sugiere que su logro está controlado por los responsables del Programa, puesto que depende de ellos que la población objetivo “cuente” con los servicios.

En el propósito se incluye un solo objetivo, se especifica a la población objetivo y está redactado como una situación alcanzada, por lo que solo cumple con tres de las cinco características establecidas por la metodología para la evaluación.

Se recomienda revisar la redacción para incluir las características que hasta el momento no están cubiertas. En el Anexo 7 se presenta una propuesta.

19. El Fin de la MIR cuenta con las siguientes características:

- Está claramente especificado, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- Es un objetivo superior al que el programa contribuye, es decir, no se espera que la ejecución del programa sea suficiente para alcanzar el Fin.
- Su logro no está controlado por los responsables del programa.
- Es único, es decir, incluye un solo objetivo.
- Está vinculado con objetivos estratégicos de la dependencia o del programa sectorial.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	° El Fin cumple con todas las características establecidas en la pregunta.

Justificación:

Con base en el análisis de los vínculos causales de abajo hacia arriba de la Matriz de Indicadores 2016 del FAM, se considera que el Fin “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la oferta de servicios del primer nivel de atención a la salud por unidades médicas móviles” está claramente especificado y es un objetivo superior que la ejecución del Programa no es suficiente para alcanzarlo. Lograr “asegurar el acceso efectivo a servicios de salud” es el único objetivo incluido en el fin y no está controlado por los responsables del Programa.

El fin está vinculado con los objetivos intersectoriales establecidos por el PROSESA 2013-2018: “se alinea con el Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo de los servicios de salud, Estrategias 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana independientemente de su condición social o laboral y 2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales. Ésta última conforme a sus Líneas de Acción. 2.3.6. Ampliar la red de atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional y 2.3.7. Fortalecer la red de atención de telemedicina en regiones de alta marginación y dispersión poblacional; así como con el Objetivo 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. Estrategia. 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad, Línea de Acción. 4.3.2. Fortalecer la red de APS con énfasis en unidades móviles en salud.” (Diagnóstico 2015, 58)

20. ¿En el documento normativo del programa es posible identificar el resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componentes y Actividades)?

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	° Algunas de las Actividades, todos los Componentes, el Propósito y el Fin de la MIR se identifican en las ROP o documento normativo del programa.

Justificación:

Derivado del análisis de vinculación que se realizó entre las ROP 2016, el diagnóstico del Programa y la MIR 2016, se puede afirmar que en los documentos normativos se puede identificar el resumen narrativo de la MIR. No obstante, el resumen narrativo no guarda correspondencia con las características del Programa establecidas en el documento normativo, principalmente en lo que se refiere a las actividades y los componentes.

En el objetivo general establecido en las ROP 2016 se pueden identificar las siguientes acciones del Programa: "Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud... a través de las unidades médicas móviles"; "...fortalecer la atención médica ambulatoria a través de la adquisición para sustitución de unidades médicas móviles equipadas..."; y "...en función de la disponibilidad de recursos financieros y humanos, participar en la atención...que demanden poblaciones y personas que sean víctimas de desastres naturales...". Asimismo, en el diagnóstico del Programa se establece que "el Programa mantendrá su operación en tres modalidades de atención que son: 1) Extensión de cobertura, 2) Ampliación de la oferta de servicios y, 3) Contingencias" (Diagnóstico 2015, 71). Por lo anterior, se recomienda incluir estas modalidades del Programa como componentes en la MIR, con sus respectivas actividades, indicadores, supuestos y medios de verificación, con el fin de asegurar la correspondencia entre la MIR y la normatividad del FAM.

21. En cada uno de los niveles de objetivos de la MIR del programa (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) existen indicadores para medir el desempeño del programa con las siguientes características:

- a) Claros.
- b) Relevantes.
- c) Económicos.
- d) Monitoreables
- e) Adecuados.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	° Del 85% al 100% de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

Justificación:

La MIR 2016 del Programa presenta dos indicadores a nivel Fin: 1. Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, y 2. Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa. Ambos indicadores son precisos e inequívocos, dado que no dejan espacio para dudas o interpretaciones sobre el tipo de información que recogen. Se consideran relevantes en virtud de que la característica que miden es un indicador importante del acceso a la salud. El indicador 1 no cuenta con medios de verificación en la MIR debido a que es un indicador sectorial, mientras que el indicador 2 establece como medios de verificación los registros de la misma dependencia, por lo que la información para su cálculo está disponible a un costo razonable. Los dos indicadores pueden sujetarse a una medición independiente y aportan una base suficiente para evaluar el desempeño de las acciones del Programa, por lo que se consideran monitoreables y adecuados.

En lo que respecta al Propósito la MIR 2016, se incluye dos indicadores: 1. Porcentaje de niños menores de cinco años en control nutricional del Programa y, 2. Porcentaje del total de personas con acceso a los servicios de salud a través de una unidad médica móvil. Para estos dos indicadores se cumple todas las características establecidas: son indicadores que no dejan espacio para dudas o interpretaciones, miden aspectos importantes sobre el acceso a servicios médicos de la población objetivo, los medios de verificación son los propios registros del Programa, ambos pueden ser verificados de manera independiente puesto que los registros son públicos y también aportan una base suficiente para evaluar el desempeño de las acciones. (Ver Anexo 5. Indicadores)

22. Las Fichas Técnicas de los indicadores del programa cuentan con la siguiente información:

- a) Nombre.
- b) Definición.
- c) Método de cálculo.
- d) Unidad de Medida.
- e) Frecuencia de Medición.
- f) Línea base.
- g) Metas.
- h) Comportamiento del indicador (ascendente, descendente, regular ó nominal).

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	° Del 85% al 100% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

Justificación:

Con base en la revisión y análisis de las fichas técnicas de cada uno de los indicadores incluidos en la MIR, se encontró que el indicador a nivel fin definido como “Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino” no cuenta con Ficha Técnica, por lo que sus características se valoraron con la información incluida en la MIR 2016, la cual no presenta línea base, metas ni comportamiento de este indicador. En lo referente a los siete indicadores restantes se concluye que cuentan con todas las características definidas por la metodología para la evaluación (Ver. Anexo 5. Indicadores). Es importante mencionar que el indicador “Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino” es un indicador sectorial definido directamente por el PROSESA, razón por la cual el Programa no es directamente responsable de su cálculo.

23. Las metas de los indicadores de la MIR del programa tienen las siguientes características:

- a) Cuentan con unidad de medida.
- b) Están orientadas a impulsar el desempeño, es decir, no son laxas.
- c) Son factibles de alcanzar considerando los plazos y los recursos humanos y financieros con los que cuenta el programa.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	° Del 85% al 100% de las metas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

Justificación:

Del análisis realizado a las fichas técnicas de los indicadores se desprende que el 100% está planteado en términos relativos, por lo que todos tienen como unidad de medida el porcentaje. Todas las metas se refieren al afecto de las acciones y los resultados de la operación del Programa, por lo que se considera que están orientadas a impulsar el desempeño. El 87.5% de las metas se consideran factibles de alcanzar con los recursos humanos y financieros con los que cuenta el Programa, en un indicador no se cuenta con meta definida y por lo tanto no es posible determinar su factibilidad. Como ya se mencionó, el indicador “Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino” es un indicador sectorial definido directamente por el PROSESA, razón por la cual el Programa no es directamente responsable de su cálculo.

24. Cuántos de los indicadores incluidos en la MIR tienen especificados medios de verificación con las siguientes características:

- a) Oficiales o institucionales.
- b) Con un nombre que permita identificarlos.
- c) Permiten reproducir el cálculo del indicador.
- d) Públicos, accesibles a cualquier persona.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
1	° Del 0% al 49% de los medios de verificación cumplen con las características establecidas en la pregunta.

Justificación:

Los medios de verificación definidos tanto en las Fichas Técnicas como en la MIR 2016 son institucionales, pero solo se definen como informes, reportes, expedientes y bases de datos de la DGPLADES sin especificar un nombre que permita identificarlos. Adicionalmente, no se cuenta con evidencia documental de que estos informes, reportes, expedientes y bases de datos sean accesibles para cualquier persona, y si no se tiene acceso no es posible reproducir el cálculo del indicador.

25. Considerando el conjunto Objetivo-Indicadores-Medios de verificación, es decir, cada renglón de la MIR del programa es posible identificar lo siguiente:

- Los medios de verificación son los necesarios para calcular los indicadores, es decir, ninguno es prescindible.
- Los medios de verificación son suficientes para calcular los indicadores.
- Los indicadores permiten medir, directa o indirectamente, el objetivo a ese nivel.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	° Todos de los conjuntos Objetivo-Indicadores-Medios de verificación del programa tienen las características establecidas.

Justificación:

La lógica horizontal de la MIR 2016 a nivel de Fin define dos indicadores, de los cuáles solo uno cuenta con medio de verificación: registro de la dependencia. Se considera que en los registros de la dependencia existe la suficiente información para el cálculo de ambos indicadores por lo tanto los medios de verificación son los necesarios y son suficientes. Adicionalmente, se considera que los indicadores de “Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino” y “Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa” permiten medir de manera indirecta el objetivo de contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de la población objetivo.

En lo que respecta a la lógica horizontal a nivel propósito, se considera que los medios de verificación registrados (indicadores informes, reportes, expedientes y bases de datos de la dependencia) son los necesarios y suficientes para el cálculo de los indicadores. En este caso los indicadores “Porcentaje de niños menores de cinco años en control nutricional del Programa” y “Porcentaje del total de personas con acceso a los servicios de salud a través de una unidad médica móvil” permiten medir de manera directa la contribución del Programa al objetivo planteado.

La lógica horizontal del componente y la actividad registrada en la MIR también cumplen con las características establecidas.

26. Sugiera modificaciones en la MIR del programa o incorpore los cambios que resuelvan las deficiencias encontradas en cada uno de sus elementos a partir de sus respuestas a las preguntas de este apartado.

Justificación:

Para que el diseño del FAM guarde correspondencia con las características establecidas en los documentos normativos se sugieren las siguientes modificaciones:

En el resumen narrativo es importante incorporar dos componentes: 1. Unidades médicas móviles con equipo completo atienden todas las rutas establecidas, 2. Las personas beneficiarias acceden a servicios de promoción, prevención y atención médica de primer nivel. Estos dos componentes reflejan los principales resultados que se completan en el transcurso de la ejecución del Programa. También se proponen las actividades principales para cada uno de estos componentes. (Ver Anexo 7. Propuestas de mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados)

En el Propósito se sugiere un cambio de redacción para que este cumpla con dos características importantes: su logro no está controlado por los responsables del Programa, e incluya la atención a la población en situaciones de contingencia. Se propone que su redacción sea la siguiente:

Propósito: La población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso recibe servicios médicos de primer nivel de atención mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles.

Para los cambios propuestos se presenta una propuesta de indicadores, supuestos y medios de verificación que contribuyan a asegurar una buena gestión del Proyecto.

Presupuesto y rendición de cuentas

27. El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (Componentes) que ofrece y los desglosa en los siguientes conceptos:

- Gastos en operación:** Se deben incluir los directos (gastos derivados de los subsidios monetarios y/o no monetarios entregados a la población atendida, considere los capítulos 2000 y/o 3000 y gastos en personal para la realización del programa, considere el capítulo 1000) y los indirectos (permiten aumentar la eficiencia, forman parte de los procesos de apoyo. Gastos en supervisión, capacitación y/o evaluación, considere los capítulos 2000, 3000 y/o 4000).
- Gastos en mantenimiento:** Requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000,3000 y/o 4000.
- Gastos en capital:** Son los que se deben afrontar para adquirir bienes cuya duración en el programa es superior a un año. Considere recursos de los capítulos 5000 y/o 6000 (Ej: terrenos, construcción, equipamiento, inversiones complementarias).
- Gasto unitario:** Gastos Totales/población atendida ($\text{Gastos totales} = \text{Gastos en operación} + \text{gastos en mantenimiento}$). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
3	° El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa tres de los conceptos establecidos.

Justificación:

Con respecto a los gastos en los que incurre el programa para generar el servicio de atención médica a través de las UMM, se encontró que el programa recibe recursos por medio de dos fuentes, los recursos Federales estipulados en el PEF 2016 y los recursos que proporciona la CNPSS para la atención de sus beneficiarios.

En la estimación de los gastos en operación en los que incurre el programa, se identificó que los gastos directos ascienden a 406,391,367.42 pesos y los gastos indirectos fueron de 510,282,095.19 . Los gastos en mantenimiento ascendieron a 106,508,627.01 pesos. No se encontró evidencia que permitiera identificar gastos en capital, por lo que se considera que el programa no realizará gastos en bienes cuya duración superen el año.

En cuanto al gasto unitario, este asciende a 626.90 pesos por persona. Empero, para este indicador, solo se considerara a las personas que recibirán atención médica y que viven en las localidades que recorren las rutas de las UMM, sin embargo, los servicios de prevención y promoción no se incluyen, los cuales se estiman asciendan para 2016 a 10,047,794 personas, al considerar los dos servicios antes mencionados, suman 11,679,936 de personas, lo que daría como resultado un gasto unitario de 87.60 pesos por persona.

Lo anterior, según los cálculos de la DGPLADES, el costo medio de los servicios provistos por las UMM fue de 535.81 pesos, este cálculo está integrado por los costos medios por: consulta, vacunación y promoción. Empero, la CNPSS determinó una Cápita para 2016 para el Tipo 0 y 1 de 180.92 pesos y para el tipo 2 y 3 191.15 pesos, este Cápita se encuentra por debajo de los costos calculados por la DGPLADES. Por lo anterior, la metodología planteada para determinar los Gastos Unitarios del Programa, puede que no se ajuste al funcionamiento del programa, ya que el programa ofrece los servicios de atención médica, prevención y promoción en más de una ocasión al mes por persona.

28. El programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con las siguientes características:

- a) Las ROP o documento normativo están disponibles en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics.
- b) Los resultados principales del programa son difundidos en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics.
- c) Cuenta con un teléfono o correo electrónico para informar y orientar tanto al beneficiario como al ciudadano en general, disponible en la página electrónica, accesible a menos de tres clics.
- d) La dependencia o entidad que opera el Programa no cuenta con modificación de respuesta a partir de recursos de revisión presentados ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
1	° Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen una de las características establecidas.

Justificación:

Se encontró evidencia de uno de los incisos de la pregunta lo que respecta a los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con los que cuenta el Programa.

Para el ejercicio fiscal 2016 del FAM se encontró evidencia de que existe la página electrónica del programa y en ella se localizaron las ROP 2016. La ruta para llegar a ellas es: desde la página de inicio de la SSA, se selecciona la opción de Acciones y Programas, posteriormente se busca el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (antes Unidades Médicas Móviles), ya en el programa, en la parte inferior se encuentra la sección de las ROP 2016.

No obstante, no se halló evidencia de los principales resultados, cabe mencionar que el Programa empezó a operar en el actual ejercicio fiscal. Tampoco se pudo encontrar teléfono o correo electrónico para orientar e informar al beneficiario como al ciudadano en general. En este sentido, tampoco fue posible acceder información sobre los recursos de revisión presentados ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), debido a que el Programa inició su operación a partir de este ejercicio fiscal 2016.

29. Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen las siguientes características:

- a) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- b) Están sistematizados.
- c) Están difundidos públicamente.
- d) Están apegados al documento normativo del programa.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
2	° Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen dos de las características establecidas.

Justificación:

El procedimiento para la ejecución de las acciones que realiza el Programa se encuentran difundidas públicamente en su ROP 2016, en ellas se identifican tres responsables del seguimiento y supervisión de los apoyos a los beneficiarios, los relacionados con los Servicios Estatales de Salud (SES) y el Comité integrado por residentes de las localidades de beneficiarios.

El primer grupo de encargados del seguimiento, es el Coordinador Estatal y el Supervisor Estatal, pertenecientes a los SES. Entre sus funciones se encuentran: vigilar que el personal operativo del programa cumpla con sus funciones y horarios, implementar el programa de supervisión que determine la Coordinación del Programa en el Estado e informar de los resultados a la DGPLADES y apoyar a la DGPLADES en las acciones de seguimiento y supervisión del Programa.

El segundo grupo está integrado por el Comité Local de Salud y la Contraloría Social, las funciones del Comité Local de Salud son auxiliar directamente a los equipos de salud itinerantes en la comunidad para la prestación del servicio y además, efectúa el monitoreo y supervisión integral permanente y continua de las acciones de los equipos de salud y, respecto a la Contraloría Social, también está integrada por miembros de la comunidad, y su objetivo es dar seguimiento y vigilancia a los servicios de salud que proporcionan las UMM del programa.

Se encontró evidencia de que la supervisión está estandarizada y se realiza a través del llenado de Cédulas de Supervisión, cuyos temas considerados son: la infraestructura del consultorio, el área de curaciones, medicina preventiva, recursos humanos, mantenimiento de la UMM, medicamentos, atención médica, odontología, referencia y contrarreferencia, contraloría social, satisfacción del usuario y el informe gerencial

Con relación al resto de los incisos de la pregunta, no se encontró evidencia sobre la sistematización de la información recabada, y si la información y documentos están apegados a las ROP 2016 del FAM.

Por lo que se recomienda la información sea recopilada y sistematizada para que permita el monitoreo de los servicios de salud prestados en las unidades móviles y la publicación de sus resultados, así como su seguimiento en la página de internet del programa.

Complementariedades y coincidencias con otros programas federales

30. ¿Con cuáles programas federales y/o acciones de desarrollo social en otros niveles de gobierno y en qué aspectos el programa evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?

Justificación:

Se identificaron tres Programas Federales con los que se considera que el Programa presenta complementariedades porque atienden a las mismas poblaciones; estos programas son: Pp S072 IMSS-PROSPERA (Programa de Inclusión Social), Pp S201 Seguro Médico Siglo XXI y U005 Seguro Popular (Sistema de Protección Social en Salud), sin embargo, los tipos de apoyo y la población que tiene acceso a los servicios del programa son diferentes, por lo que se considera que no existen duplicaciones ni coincidencias.

Respecto a los propósitos que atienden los programas, para el Pp S072 se encontró que es “Contribuir a cerrar brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, con población sin seguridad social, mediante un Modelo de Atención Integral a la Salud que vincula los servicios de salud y la acción comunitaria, en las entidades donde el Programa tiene cobertura”; para el Pp S201 es “Financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de las niñas y niños menores de cinco años de edad incorporados al Sistema, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud” y; para el Pp U005 se puede resumir en la “protección social en salud”.

Para los tres programas citados se encontró que la población objetivo es atender a las personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social.

Con respecto a los tipos de apoyos, se encontró que el programa S072 ofrece Servicios Médicos al igual que el FAM, sin embargo, las diferencias radican en que el primero presta sus servicios en sus inmuebles distribuidos por el territorio nacional y el FAM es a través de unidades médicas móviles, además, en las ROP del FAM se señala que las rutas de las UMM no deberán incluir localidades en las que se aplique el Pp S072, por lo que se pueden considerar complementarios porque el FAM ofrece sus servicios a la población no atendida por el Pp S072. Del Pp S201 y U005 el tipo de apoyos que otorgan son de financiamiento, debido a que estos no cuentan con instalaciones físicas, sino que realizan transferencias para la atención de los beneficiarios, por lo que se consideran complementarios. Y en cuanto a la cobertura geográfica de los programas, todos son de carácter Nacional.

Valoración Final del Programa (Anexo 10)

Tema	Nivel	Justificación
Justificación de la creación y del diseño del programa	3.667	El Programa cuenta con un Diagnóstico que presenta información sobre la justificación de la creación y del diseño y está apegado a las consideraciones metodológicas establecidas por CONEVAL, sin embargo no establece plazos para la revisión y actualización tanto del documento diagnóstico como de la definición del problema, en el cuál no se consideran diferencias entre hombres y mujeres.
Contribución a las metas y estrategias nacionales	4.0	Debido a la importancia del problema que el Programa atiende, el acceso a servicios de salud, se presenta una clara alineación y contribución a las metas y estrategias nacionales, así como a los objetivos de desarrollo del milenio.
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	2.8	El programa cuenta con la definición y cuantificación de las poblaciones, así como un plazo para su revisión y actualización, sin embargo no cuenta con información sistematizada que permita conocer las características de los solicitantes. La estrategia de cobertura no especifica metas de cobertura anual y carece de un horizonte de mediano y largo plazo.
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	4.0	El Programa cuenta con un padrón de las localidades atendidas que incluye las características de las localidades, el tipo de atención que recibe, esta sistematizada y cuenta con mecanismos para su depuración y actualización (ROP 5.5 Focalización). Los procedimientos para otorgar los apoyos están apegados a la normatividad y son utilizados por todas las instancias ejecutoras. No recolecta información socioeconómica de las personas atendidas.
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	2.8	La lógica vertical no se válida en su totalidad debido a que las actividades y los componentes incluidos en la MIR no guarda correspondencia con el diseño establecido en las Reglas de Operación y el Diagnóstico del Programa. Respecto de la lógica vertical, los medios de verificación identificados se consideran necesarios y suficientes para el cálculo de los indicadores, y estos últimos se consideran adecuados para hacer un buen seguimiento del logro de los objetivos. Se proponen realizar ajust
Presupuesto y rendición de cuentas	2.0	El programa cuenta con información que permite identificar sus gastos en operación y en mantenimiento, pero no especifica gastos en capital. El costo unitario se estimó en \$626.9 por persona. Los principales resultados del Programa no se encuentran difundidos en la página electrónica, en la cual tampoco se encuentra un teléfono o correo electrónico para información y orientación.
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales	N/A	Se identificaron tres Programas Federales con los que se considera que el Programa presenta complementariedades porque atienden a las mismas poblaciones; estos programas son: Pp S072 IMSS-PROSPERA (Programa de Inclusión Social), Pp S201 Seguro Médico Siglo XXI y U005 Seguro Popular (Sistema de Protección Social en Salud), sin embargo, los tipos de apoyo y la población que tiene acceso a los servicios del programa son diferentes, por lo que se considera que no existen duplicaciones ni coincidenci
Valoración final	3.211	



Nivel = Nivel promedio por tema

Justificación = Breve descripción de las causas que motivaron el nivel por tema o el nivel total (Máximo 100 caracteres por Módulo)

Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones (Anexo 11)

Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y/u Oportunidad			
Justificación de la creación y del diseño del programa	El Programa cuenta con información que le permite conocer la dimensión del problema, causas y efectos, ubicación, así como con un marco conceptual que da sustento a la intervención del mismo.	Todas	
Justificación de la creación y del diseño del programa		3	No obstante que, se cuenta con un diagnóstico, se recomienda establecer plazos para su actualización.
Contribución a las metas y estrategias nacionales	El Programa se alinea con las políticas nacionales referentes a la planeación nacional y contribuye con las metas de ésta. Por otra parte, contribuye con compromisos internacionales en materia de salud.	Todas	
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	La población potencial y objetivo, se encuentran plenamente identificadas, asimismo se realiza una actualización sobre su cuantificación. Los mecanismos de elegibilidad no son excluyentes y la población objetivo accede con facilidad al apoyo del Programa.	Todas	
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad		Todas	Resultaría importante incluir dentro de la estrategia de cobertura, metas de mediano y largo plazo, en términos de las localidades a atender.
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad		Todas	Se recomienda incluir en las Reglas de Operación del Programa, el formato empleado por las Unidades Médicas Móviles utilizado en el registro y atención de la población objetivo.
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	No obstante que no es necesario contar con un padrón de beneficiarios, dadas las características del Programa, es posible contar con información sobre la población beneficiada.	Todas	
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	Los mecanismos de atención del Programa se encuentran difundidos públicamente, tanto por la normatividad como por los Comités locales de salud que apoyan la ejecución del mismo.	Todas	
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	El Propósito de la MIR se adecua a lo establecido en la respectiva metodología, referente a su concepción.	18	No obstante, lo anterior, se requiere realizar adecuaciones en la redacción del Propósito, de tal manera que el logro no se entienda como resultado de la intervención de los responsables del Programa.

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	El Fin de la MIR está claramente especificado, es un objetivo superior al que el programa contribuye. Su logro no está controlado por los responsables del Programa, es único y está vinculado con objetivos estratégicos.	19	
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	El resumen narrativo de la MIR se encuentra contenido en el documento normativo del Programa.	20	
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Los niveles de los objetivos de la MIR cuentan con indicadores claros, relevantes, económicos, monitoreables y adecuados; para medir el desempeño del Programa.	25	
Presupuesto y rendición de cuentas	El programa identifica y cuantifica los gastos de operación, mantenimiento y unitarios.	27	
Presupuesto y rendición de cuentas	El programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.	28	No obstante lo anterior, se recomienda actualizar el portal web del Programa, a fin de facilitar el acceso a la información sobre los resultados del Programa, teléfono o correo electrónico para orientar al ciudadano general y al beneficiario.
Debilidad o Amenaza			
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	El Programa opera con Unidades Médicas Móviles que, en su mayoría, se encuentran en el umbral del final de su vida útil.	14	Implementar mecanismos para eficientar los recursos disponibles, a efecto de invertir en la adquisición de nuevas Unidades Médicas Móviles.
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Se presentan deficiencias en los vínculos causales entre los Componentes y las Actividades	16	Realizar una lista de actividades que sean estrictamente necesarias, ordenadas de forma cronológica y que solo refieran a una sola actividad.
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	No existe congruencia entre los objetivos específicos establecidos en la normatividad y los Componentes de la Matriz de Indicadores de Resultados.	17	Se recomienda revisar la redacción de los Componentes incluidos en la MIR, así como incluir otros Componentes que logren la congruencia necesaria con la normatividad establecida.
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Menos de la mitad de los Medios de Verificación de los Indicadores de la MIR, no son accesibles al público.	24	Es necesario poner a disposición del público, los informes, reportes, expedientes y bases de datos empleados como medios de verificación de los indicadores de la MIR; a efecto de que el público interesado pueda reproducir el cálculo de los mismos.
Presupuesto y rendición de cuentas	Las recientes reducciones al gasto público y los que se esperan, pueden incidir en una disminución del presupuesto al Programa en el presente ejercicio fiscal y en los próximos.	Todas	

Conclusiones (Anexo 12)

A continuación se abordan las conclusiones por cada uno de los apartados y se presenta una conclusión global del diseño del Programa.

Justificación de la creación y del diseño del Programa.

El Programa cuenta con una amplia experiencia en el desarrollo y aplicación de la estrategia de atención a las localidades de difícil acceso que no cuentan con servicios médicos, lo que se refleja en una justificación robusta sobre la creación del Programa, una clara definición del problema que busca atender y un documento diagnóstico que aborda los antecedentes y la evolución del problema. No obstante es necesario incluir en este documento un plazo para su revisión y actualización.

Contribución a las metas y estrategias nacionales.

El FAM tiene una adecuada definición de sus objetivos y estos están claramente vinculados con los objetivos de carácter superior como son el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad.

Las definiciones de la población potencial y objetivo del Programa son claras y cuentan con las características establecidas por CONEVAL, no obstante, se recomienda corregir la definición de población objetivo en las ROP 2016 puesto que la definición actual contempla a las personas que cuentan con acceso a servicios de salud, pero lo correcto es referirse a las personas que no cuentan con acceso a servicios de salud.

Los mecanismos para identificar a la población objetivo del Programa están claramente definidos en los criterios de inclusión y se consideran adecuados para el Programa.

La estrategia de cobertura está en concordancia con el diseño y el diagnóstico del Programa, pero se considera importante establecer metas de cobertura anual.

Los procedimientos para la inclusión de localidades a la atención del Programa incluyen criterios de elegibilidad claramente establecidos y se consideran adecuados.

El diseño del Programa implica que no utilice procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de atención médica puesto que da atención a todas las personas que lo soliciten.

Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención.

El Programa cuenta con un padrón detallado de cada una de las localidades de localidades en ruta que cuenta con todas las características de las localidades beneficiadas, sin embargo, no recolecta información socioeconómica de las personas beneficiarias.

Matriz de Indicadores para resultados.

La lógica vertical de la matriz de indicadores no se valida en su totalidad, debido a que es necesario incluir actividades con mayor detalle y completar los componentes que presenta.

Los cuatro niveles de objetivos (fin, propósito, componente y actividad) están claramente vinculados con sus respectivos indicadores. De la misma manera, se encuentra señalada claramente la periodicidad y los medios de verificación para cada uno de los indicadores definidos, así como los supuestos que permiten su cumplimiento.

Presupuesto y rendición de cuentas.

Los gastos del Programa se identifican y cuantifican en los conceptos establecidos en la metodología para la evaluación, sin embargo el Programa no cuenta con recursos para el concepto de gastos en capital. Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas del Programa no se encuentran actualizados.

Conclusión global.

El equipo evaluador considera que el diseño del FAM es adecuado, aunque es necesario realizar pequeñas modificaciones a la MIR para que exista correspondencia con lo establecido en los documentos normativos, así como incluir plazos de revisión y actualización de las definiciones y los objetivos. Se recomienda actualizar y completar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, así como establecer un esquema de supervisión desarrollado por una institución independiente al Programa, que permitiría conocer la calidad de la atención y el nivel de satisfacción de los beneficiarios.

El Programa maneja un esquema de operación diferente debido a que pone énfasis en la atención de localidades, incluyendo a todos los habitantes de estas, por lo que, valorar su contribución con un enfoque centrado en las personas que reciben los servicios no es el más adecuado. Lo anterior debido que el Programa contabiliza a una persona beneficiaria, sin tomar en cuenta que esta persona recibió servicios de atención médica en diferentes momentos durante el año. Dada la importancia de los apoyos otorgados se considera trascendental asignar recursos para la sustitución de

unidades médicas móviles que hayan cumplido su vida útil.

Respecto de la población potencial del Programa, no obstante que se cuantifica a partir de la información recabada en el MCS-ENIGH 2014, el FAM no cuenta con una metodología robusta que permita conocer de manera detallada la ubicación de las localidades y las personas que se catalogan como población potencial. Se recomienda desarrollar dicha metodología, lo que permitiría desarrollar estrategias de cobertura más eficientes.

Por otro lado, se encontró que el FAM se complementa con la operación de los programas IMSS-Prospera, Seguro Médico Siglo XXI y Seguro Popular, sin embargo es importante promover una coordinación más estrecha que permita articular los esfuerzos de estos programas para focalizar la atención médica de una manera más eficiente.

Ficha Técnica de la Instancia Evaluadora (Anexo 13)

Nombre de la instancia evaluadora:

Centro de Estudios Financieros y de Finanzas Públicas, Facultad de Economía, UNAM.

Nombre del coordinador de la evaluación:

Mtro. Miguel González Ibarra

Nombres de los principales colaboradores:

Mtro. Gabriel Alvarado Torres Mtro. Francisco Hernández Martínez Lic. David Román Ochoa Lic. Edgar Uribe Pineda

Nombre de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES).

Nombre del titular de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:

Dr. Malaquías López Cervantes.

Forma de contratación de la instancia evaluadora:

Adjudicación directa por Art. 1 de la Ley de Adquisiciones.

Costo total de la evaluación:

\$320,000.00 (IVA incluido).

Fuente de financiamiento:

Recursos Federales

Bibliografía

- Secretaría de Salud (2016). Unidades Médicas Móviles. Página de Internet. <http://www.gob.mx/salud/articulos/objetivos-del-programa-de-unidades-medicas-moviles>
- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (2015). Diagnóstico del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.. Diagnósticos. N.D.
- Secretaría de Salud (2015). ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2016.. ROP o documento normativo. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421838&fecha=30/12/2015
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. (2016). Anexo 6. Bases de datos y/o Sistemas de información. N.D.
- Ejecutivo Federal y Secretaría de Salud (2013). Programa Sectorial de Salud. Programas Sectoriales, Especiales y/o Institucionales. http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html
- Funcionarios y operadores del programa (2016). Entrevista. Otros. Calle Viaducto No.806, Benito Juárez, Nápoles, 03810 Ciudad de México, D.F.
- DGPLADES (2016). MIR 2016. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). <https://www.sistemas.hacienda.gob.mx/ptpsed/datosProgramaLlave.do?id=12S200>
- DGPLADES (2016). FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES DE LA MIR. Fichas técnicas. N.D.
- SHCP (2016). Analíticos Presupuestarios PEF 2016. Bases de datos y/o Sistemas de información. N.D.
- DGPLADES/ (2015). Análisis de costo de operación. Documentos de Trabajo e Institucionales. N.D.
- Secretaría de Salud (2016). PROGRAMA OPERATIVO ANUAL (POA). Documentos de Trabajo e Institucionales. N.D.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2015). ACUERDO mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA para el ejercicio fiscal 2016.. ROP o documento normativo. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421442&fecha=27/12/2015
- SECRETARIA DE SALUD (2015). ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2016.. ROP o documento normativo. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421511&fecha=28/12/2015
- H. Congreso de la Unión (2016). LEY GENERAL DE SALUD. Documentos oficiales. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf
- Ejecutivo Federal (2013). Plan Nacional de Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo (PND). <http://pnd.gob.mx/>
- Organización de las Naciones Unidas (2016). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivos y Metas del Milenio. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Gobierno de la República / INEGI (2016). OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO. Objetivos y Metas del Milenio. <http://www.objetivosdesdesarrollodelmilenio.org.mx/>